

Patologías estructurales del esófago: rotura esofágica

Fecha de la última revisión: 13/01/2017

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se manifiestan?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cuál es el pronóstico?](#)
5. [¿Cómo se trata?](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

Consiste en una solución de continuidad de la pared del esófago, que puede provocar paso del contenido al mediastino y mediastinitis. Es una patología poco frecuente (3,1 por 1.000.000/año) pero potencialmente grave con un índice de mortalidad del 15-30% especialmente por complicaciones sépticas (Cheynel N, 2003).

La causa más frecuente es iatrogénica por procedimientos instrumentales tanto diagnósticos como intervencionistas con 1 cada 2.500/11.000 procedimientos (endoscopias, sonda nasogástrica, intubación traumática, ecografía transesofágica) o cirugía periesofágica (Chirica M, 2010; ASGE Standards of Practice Committee, 2012). Otros motivos son los vómitos (**síndrome Boerhaave**: se trata de una rotura espontánea del esófago habitualmente a nivel del tercio inferior próximo a la unión gastroesofágica, provocada por un aumento súbito de la presión intratorácica en relación con el esfuerzo del vómito. Es más frecuente en varones de 40-60 años en la mayoría de las ocasiones sin patología esofágica previa. La mortalidad oscila entre el 20-40%) (De Schipper JP, 2009).

¿Cómo se manifiestan?

El dolor es el síntoma más precoz y más constante. Su localización orienta hacia el nivel de la perforación y así si aparece en la cara anterior del cuello sugiere afectación del esófago cervical, mientras que si es a nivel torácico se manifiesta como dolor torácico o epigástrico que aumenta al tragar o al respirar. La fiebre es el signo más frecuente seguido del enfisema subcutáneo especialmente en las perforaciones cervicales. Posteriormente puede aparecer disnea, náuseas, vómitos, pneumomediastino, etc. Los casos más graves pueden presentar: fiebre, taquicardia, taquipnea, cianosis, deterioro del estado general, sepsis y shock (Hasimoto CN, 2013).

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de elección se realiza con esofagograma con contraste hidrosoluble. Si no se confirma el diagnóstico se puede emplear el bario como medio de contraste, pero causa una mayor inflamación en el mediastino y en la cavidad pleural si hay extravasación y una mayor irritación en la vía respiratoria en caso de broncoaspiración.

Estará indicada la realización de un TAC: en pacientes con clínica persistente y sin confirmación diagnóstica con el esofagograma, en ausencia de colaboración, cuando exista una colección torácica o abdominal que requiera drenaje, o ante la sospecha de rotura esofágica desde el inicio (Paspatis GA, 2014).

¿Cuál es el pronóstico?

El pronóstico está en relación directa con la demora diagnóstica por lo que es necesario un elevado índice de sospecha. Se identifican como factores de mal pronóstico la edad (>75 años), la presencia de taquicardia (>100 lpm), leucocitosis (>10.000 leucos); fiebre >38,5°, hipotensión, extensión difusa, dificultad respiratoria o derrame pleural. El pronóstico empeora conforme se van acumulando signos clínicos (Abbas G, 2009).

Otros factores que también influyen en el pronóstico, son: la causa de la perforación, la localización, la contaminación pleural o mediastínica, la situación del paciente y la presencia de patología esofágica previa (Lana Soto R, 2003).

La mortalidad global se sitúa en torno al 15-30%, mejorando si el tratamiento se efectúa en las primeras 24 horas hasta el 8-31% y empeorando hasta el 60-70% si se demora (Cheynel N, 2003).

¿Cómo se trata?

Cuando se diagnostica de forma temprana (<24 horas), la perforación es pequeña (<1 cm), el paciente tiene escasos síntomas, no presenta comorbilidad grave y se localiza en esófago cervical, se puede optar por tratamiento conservador. Se indicará dieta absoluta, sonda nasogástrica, nutrición parenteral y antibióticos de amplio espectro. Se recomienda el ingreso en unidades de cuidados intensivos las primeras 24-48 horas dado que pueden evolucionar rápidamente hacia la sepsis. El tratamiento debe mantenerse durante 7 días.

En la situación anterior si la lesión ha sobrevenido después de un procedimiento instrumental y se dispone de un endoscopista experto, se recomienda el tratamiento endoscópico con endoclips o prótesis plásticas o metálicas para cerrar la perforación y evitar la mediastinitis (Paspatis GA, 2014). El mismo tratamiento estaría indicado en aquellos pacientes con mala situación basal o que no son subsidiarios de tratamiento quirúrgico (Van Weyenberg SJ, 2014).

Estará indicada la cirugía en: ausencia de respuesta al tratamiento conservador, deterioro clínico con fiebre persistente o signos de sepsis, si hay aumento de la extravasación de contraste por la perforación o cuando ésta se extienda y en presencia de neumotórax, neumomediastino o empiema (Carrot PW Jr, 2011).

La técnica quirúrgica de elección siempre que sea posible es la reparación primaria de los tejidos lesionados, también puede precisarse la resección de la lesión o el drenaje de colecciones. La esofaguectomía puede ser necesaria en casos de procesos tumorales, perforaciones extensas o múltiples o cuando exista compromiso de la vitalidad del órgano (Muir AD, 2003).

Bibliografía

- Abbas G, Schuchert MJ, Pettiford BL, Pennathur A, Landreneau JA, Landreneau JO, et al. Contemporaneous management of esophageal perforation. Surgery. 2009;146(4):749-55. PubMed [PMID: 19789035](#)
- ASGE Standards of Practice Committee, Ben-Menachem T, Decker GA, Early DS, Evans J, Fanelli RD, Fisher DA, et al. Adverse events of upper GI endoscopy. Gastrointest Endosc. 2012;76(4):707-18. PubMed [PMID: 22985638](#)
- Carrot PW Jr, Low DE. Advances in the management of esophageal perforation. Thorac Surg Clin. 2011;21(4):541-55. PubMed [PMID: 22040636](#)
- Cheynel N, Arnal E, Peschaud F, Rat P, Bernard A, Favre JP. Perforation et rupture de l'oesophage: prise en charge et pronostic. Ann Chir. 2003;128(3):163-6. PubMed [PMID: 12821082](#)
- Chirica M, Champault A, Dray X, Sulpice L, Muñoz-Bongrand N, Sarfati E, et al. Esophageal perforations. J Surg Visc. 2010;147(3):e117-28. PubMed [PMID: 20833121](#)
- De Schipper JP, Pull ter Gunne AF, Oostvogel HJ, Van Laarhoven CJ. Spontaneous rupture of the oesophagus: Boerhaave's syndrome in 2008. Literature review and treatment algorithm. Dig Surg. 2009;26(1):1-6. PubMed [PMID: 19145081](#). [Texto completo](#)
- Hasimoto CN, Cataneo C, Eldib R, Thomazi R, Pereira RS, Minossi JG, et al. Efficacy of surgical versus conservative treatment in esophageal perforation: a systematic review of case series studies. Acta Cir Bras. 2013;28(4):266-71. PubMed [PMID: 23568234](#). [Texto completo](#)
- Lana Soto R, Mendoza Hernández JL, Arranz García F, Nieto Sánchez A, Cuervo Molinero C, Jiménez de Diego L. Rotura espontánea de esófago: un problema diagnóstico en la urgencia. An Med Interna. 2003;20(2):88-90. PubMed [PMID: 12703163](#)
- Muir AD, White J, McGuigan JA, McManus KG, Graham AN. Treatment and outcomes of esophageal perforation in a tertiary referral. Eur J Cardiothorac Surg. 2003;23(5):799-804. PubMed [PMID: 12754036](#). [Texto completo](#)
- Paspatis GA, Dumonceau JM, Barthet M, Meisner S, Repici A, Saunders BP, et al. Diagnosis and management of iatrogenic endoscopic perforations: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Endoscopy. 2014;46(8):693-711. PubMed [PMID: 25046348](#). [Texto completo](#)
- Van Weyenberg SJ, Stam FJ, Marsman W. Successful endoscopic closure of spontaneous esophageal rupture (Boerhaave syndrome). Gastrointest Endosc. 2014 Jul;80(1):162. PubMed [PMID: 24836750](#)

Más en la red

- Blencowe NS, Strong S, Hollowood AD. Spontaneous oesophageal rupture. BMJ. 2013 May 31;346:f3095. PubMed [PMID: 23729218](#)
- Dasari BV, Neely D, Kennedy A, Spence G, Rice P, Mackle E, Epanomeritakis E. The role of esophageal stents in the management of esophageal anastomotic leaks and benign esophageal perforations. Ann Surg. 2014 May;259(5):852-60. PubMed [PMID: 24509201](#)
- Koivukangas V, Biancari F, Meriläinen S, Ala-Kokko T, Saarnio J. Esophageal stenting for spontaneous esophageal perforation. J Trauma Acute Care Surg. 2012 Oct;73(4):1011-3. PubMed [PMID: 23026917](#)
- Nirula R. Esophageal perforation. Surg Clin North Am. 2014 Feb;94(1):35-41. PubMed [PMID: 24267495](#)

Autores

▪ Elena Maquiera Díez	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
▪ Raquel Pérez Caserío	Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria
▪ Salvador Tranche Iparraguirre	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Centro de Salud El Cristo. Oviedo. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

